



SPORTMUT

CONTRAT COLLECTIF DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DES SPORTIFS CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est ouvert à titre individuel aux personnes physiques déjà adhérentes de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.) en qualité de membres participants d'une Fédération ou Association ayant souscrit auprès de la Mutuelle des garanties collectives de base.

Il a pour objet de garantir aux assurés le règlement de prestations complémentaires à ces garanties de base, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle ou de Décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion.

Il est régi par le code de la Mutualité.

Article 2 - DEFINITIONS

2.1. - Adhérent :

Toute personne physique titulaire d'une licence ou d'une carte de membre des Fédérations ou des Associations membres de la M.D.S., résidant en France métropolitaine, en Corse, dans les D.O.M.-T.O.M. ou dans les Principautés d'Andorre et de Monaco, ayant adhéré aux présentes garanties.

2.2. - Assuré :

L'assuré est toujours l'adhérent.

2.3. - Accident :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

2.4. - Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (cf. art. 2.5. ci-dessous) et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle.

Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

2.5. - Barème du concours médical-

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisé en droit commun.

2.6. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

Article 3 - CONDITIONS D'ADHESION

3.1. - Conditions d'âge

Pour être admis dans l'assurance, le futur assuré doit être âgé de moins de 60 ans.

3.2. - Conditions professionnelles

La souscription de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est réservée aux assurés exerçant effectivement une activité professionnelle.

3.3. - Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle. Sauf dénonciation par l'assuré, elle est renouvelable par tacite reconduction. Toutefois, le terme est toujours fixé au 65ème anniversaire de l'assuré.

3.4. - Formalités

Le futur assuré remplit une demande d'adhésion sur laquelle il indique précisément les sports pratiqués et accompagne celle-ci de la photocopie de sa licence ou de sa carte de membre, du versement de la première cotisation et d'un certificat médical d'aptitude aux sports mentionnés.

La M.D.S. émet un certificat d'adhésion précisant les garanties souscrites et leur montant, la date d'effet de l'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, les conditions particulières d'acceptation ainsi que la clause bénéficiaire.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion n'est pas couvert.

Article 4 - GARANTIES

4.1. - Capital Décès

Cette garantie prévoit en cas de décès suite à un accident de sport se produisant en cours d'assurance, le versement du capital indiqué sur le certificat d'adhésion au (x) bénéficiaire (s) désigné (s). **Le paiement du capital prévu en cas de décès met fin à l'adhésion.**

Cette garantie ne peut pas être souscrite au bénéfice des mineurs de moins de 12 ans, pour lesquels seule peut être souscrite la garantie Invalidité Permanente prévue à l'article 4.3.

4.2. - Incapacité Temporaire Totale - Indemnités Journalières

Cette garantie ne peut être souscrite que par les personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée régulière.

Elle a pour objet de garantir à l'assuré le paiement d'une indemnité journalière, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail résultant d'un accident de sport survenu en cours d'assurance, dont le montant est stipulé au certificat d'adhésion.

4.2.1. - Point de départ de l'indemnisation - Franchise

L'indemnité journalière est versée après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise choisie par l'assuré et indiquée dans le certificat d'adhésion.

La franchise est de 30 jours. Toutefois, en cas d'hospitalisation elle est ramenée à 3 jours.

La période de franchise n'est pas indemnisée.

Si l'assuré reprend son activité même à temps partiel et qu'un nouvel arrêt de travail, résultant du même accident (appelé rechute), intervient dans un délai inférieur ou égal à 60 jours consécutifs, la prestation lui sera versée comme s'il s'agissait d'une seule et même interruption de travail sans nouvelle application de la franchise.

En revanche, en cas de rechute intervenant dans un délai supérieur à 60 jours consécutifs après la reprise du travail, il sera de nouveau fait application de la franchise.

4.2.2. - Durée d'indemnisation

La durée d'indemnisation est de 1 095 jours selon le choix de l'assuré à l'adhésion. Elle est calculée à compter de la date du premier jour d'indemnisation, c'est-à-dire le 31ème jour.

L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

4.2.3. - Mode de paiement

L'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu.

4.2.4. - Principe indemnitaire

Il ne peut être choisi au moment de l'adhésion un montant de garantie qui ferait bénéficier l'assuré en arrêt de travail, de ressources supérieures à celles dont il dispose en période d'activité, compte tenu également des éventuels versements effectués par le régime social obligatoire de base de l'assuré, et de tout autre régime complémentaire.

La M.D.S. se réserve le droit le cas échéant de demander à l'assuré, au moment de l'adhésion et lors de la survenance de l'incapacité, copie de son dernier avis d'imposition.

4.3. - Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Cette garantie prévoit en cas d'invalidité permanente résultant d'un accident de sport survenu en cours d'assurance le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué sur le certificat d'adhésion. Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'I.P.P. est égal à 100 %.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 % le capital effectivement dû est calculé conformément au barème figurant en annexe A ci-dessous.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'I.P.P. inférieur ou égal à 5 %.

Le taux est fixé d'après le barème du concours médical et dans les conditions prévues aux articles 2.4. et 2.5.

Ce barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. **Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.**

En revanche dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'I.P.P. déjà attribué par cette dernière, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

Article 5 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier.

Cependant, l'état d'invalidité permanente totale ou partielle ou d'incapacité temporaire totale doit être constaté médicalement en France métropolitaine ou dans les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Article 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- les sports pratiqués à titre professionnel,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

Article 7 - CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et prestations cessent :

- A l'échéance suivant la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de licencié d'une Fédération ou de membre d'une association,
- lorsque l'assuré atteint au plus tard son 65ème anniversaire pour la garantie Décès et son 65ème anniversaire ou son départ à la retraite pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et invalidité,
- à l'expiration du délai prévu à l'article 9.4. ci-dessous en cas de défaut de paiement de cotisation,
- à l'échéance suivant la réception par la M.D.S. de la demande de résiliation de l'assuré,
- à l'expiration de la durée d'adhésion fixée par l'assuré.

Article 8 - MODIFICATION DES GARANTIES

L'assuré peut à tout moment demander la modification de ses garanties.

S'il s'agit d'une augmentation des garanties, celle-ci doit être soumise à la production d'un nouveau certificat médical.

La prise d'effet devient effective après acceptation du risque, émission de l'avenant par la M.D.S., signature par l'assuré et paiement de la cotisation.

S'il s'agit d'une diminution, la prise d'effet devient effective le jour de la réception par la M.D.S. de l'avenant signé par l'assuré.

Article 9 - COTISATIONS

9.1. - Tarification

Les cotisations tiennent compte :

- de la nature et du montant des garanties souscrites,
- des sports pratiqués.

9.2. - Révision annuelle

Les cotisations du présent contrat peuvent être modifiées chaque année en fonction des résultats du contrat.

La modification ne sera applicable qu'aux assurés qui, à la date d'effet de la révision, ne sont pas en Incapacité Temporaire Totale de Travail ou en Invalidité Permanente Totale.

Dans tous les cas, la M.D.S. s'oblige à en informer individuellement les assurés au moins un mois avant l'échéance principale de leur adhésion ; chaque assuré peut se retirer sans préavis ; le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des cotisations modifiées.

9.3. - Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle. La première cotisation est réglée concomitamment à la demande d'adhésion conformément à l'article 3.4. visée ci-dessus. Chaque année suivante, l'assuré s'oblige à payer sa cotisation à la M.D.S. sur simple appel de cette dernière dans un délai maximum de 10 jours à compter de la date d'échéance.

9.4. - Défaut de paiement des cotisations

Le non renouvellement de la cotisation met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Article 10 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE

10.1. - Déclaration d'accident

Sauf cas de force majeure tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la M.D.S.

La non déclaration ou la déclaration passé le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la M.D.S.

10.2. - Déclaration du risque

Les déclarations de l'assuré sur ses activités professionnelles et sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Invalidité Permanente ou de Décès, servent de base à l'acceptation de l'adhésion par la M.D.S.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'assuré s'expose à la nullité de son adhésion.

10.3. - Modification du risque

L'assuré doit avertir dans tous les cas la M.D.S. par lettre recommandée

- s'il cesse ou change d'activité professionnelle ou s'il exerce dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il change d'activités sportives,
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente.

En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

Article 11 - REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

11.1. - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S.

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

11.2. - Formalités en cas d'invalidité

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser :

- la relation directe entre l'accident de sport et l'invalidité,
- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent à titre obligatoire), il doit transmettre l'attestation de la Sécurité Sociale (ou du régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

11.3. - Formalités en cas d'Incapacité Temporaire de Travail

Sauf cas de force majeure, l'assuré en état d'arrêt de travail doit en faire la déclaration à la M.D.S. par courrier au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de la période de franchise indiquée sur le certificat d'adhésion, faute de quoi l'indemnité journalière sera versée à compter du jour de réception du dossier par la M.D.S. Toute prolongation accordée par le médecin traitant doit être envoyée à la M.D.S. par courrier dans un délai de 10 jours, à défaut, les prestations ne reprennent qu'à partir de la date de réception de la prolongation.

Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit avoir été précédée d'une déclaration d'accident et doit être accompagnée de l'original du certificat médical détaillé, indiquant notamment :

- la nature des blessures,
- la relation directe entre l'incapacité temporaire totale de l'assuré et son accident de sport,
- la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré,

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

En cas de reprise d'activité professionnelle, même partielle, l'assuré doit en informer par courrier la M.D.S. dans un délai de 10 jours.

Article 12 - DROIT DE CONTROLE ET EXPERTISE

La M.D.S. se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la M.D.S., il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son arbitre ; ceux du tiers arbitre, le cas échéant, seront supportés pour moitié par les deux parties.

Article 13 - SUBROGATION

Conformément à ses statuts, la M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré pratiquant victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

Article 14 - ASSURANCES CUMULATIVES

Si l'assuré souscrit auprès de plusieurs assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assurances. **Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription.** Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 15 - RESILIATION

L'assuré peut résilier son contrat à tout moment. Dans ce cas sa garantie cessera à l'échéance suivant la réception par la M.D.S. de la demande de résiliation.

Si la Fédération ou l'Association dont est membre l'assuré vient à quitter la M.D.S. l'assuré continuera à être garanti s'il le souhaite dans les conditions du présent contrat.

Article 16 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies dans la demande d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat.

L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la M.D.S. ou de ses réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de la M.D.S. à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

Article 17 - MEDiateur

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- ▶ par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**
- ▶ par messagerie électronique à : reclamations@grpmds.com
- ▶ par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- ▶ accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- ▶ tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- ▶ traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S..

Article 18 - RENONCIATION A L'ADHESION

L'assuré peut renoncer à son adhésion dans le délai de 40 jours qui suit la réception du certificat d'adhésion et des conditions générales du présent contrat. Un modèle de lettre de renonciation figure en annexe B.

**ANNEXE A / CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S. POUR UN CAPITAL MAXIMAL SOUSCRIT DE
30.489,80 € (*)**

TAUX	CAPITAUX EN EUROS	TAUX	CAPITAUX EN EUROS
100 %	30 489,80	50 %	7 622,45
99 %	30 184,91	49 %	7 470,00
98 %	29 880,01	48 %	7 317,55
97 %	29 575,11	47 %	7 165,10
96 %	29 270,21	46 %	7 012,65
95 %	28 965,31	45 %	6 860,21
94 %	28 660,42	44 %	6 707,76
93 %	28 355,52	43 %	6 555,31
92 %	28 050,62	42 %	6 402,86
91 %	27 745,72	41 %	6 250,41
90 %	27 440,82	40 %	6 097,96
89 %	27 135,93	39 %	5 945,51
88 %	26 831,03	38 %	5 793,06
87 %	26 526,13	37 %	5 640,61
86 %	26 221,23	36 %	5 488,16
85 %	25 916,33	35 %	5 335,72
84 %	25 611,43	34 %	5 183,27
83 %	25 306,54	33 %	2 012,33
82 %	25 001,64	32 %	1 951,35
81 %	24 696,74	31 %	1 890,37
80 %	24 391,84	30 %	1 829,39
79 %	24 086,94	29 %	1 768,41
78 %	23 782,05	28 %	1 707,43
77 %	23 477,15	27 %	1 646,45
76 %	23 172,25	26 %	1 585,47
75 %	22 867,35	25 %	1 524,49
74 %	22 562,45	24 %	1 463,51
73 %	22 257,56	23 %	1 402,53
72 %	21 952,66	22 %	1 341,55
71 %	21 647,76	21 %	1 280,57
70 %	21 342,86	20 %	1 219,59
69 %	21 037,96	19 %	1 158,61
68 %	20 733,07	18 %	1 097,63
67 %	20 428,17	17 %	1 036,65
66 %	20 123,27	16 %	975,67
65 %	19 818,37	15 %	914,69
64 %	19 513,47	14 %	853,71
63 %	19 208,58	13 %	792,73
62 %	18 903,68	12 %	731,76
61 %	18 598,78	11 %	670,78
60 %	18 293,88	10 %	609,80
59 %	8 994,49	9 %	548,82
58 %	8 842,04	8 %	487,84
57 %	8 689,59	7 %	426,86
56 %	8 537,14	6 %	365,88
55 %	8 384,70	5 %	304,90
54 %	8 232,25	4 %	243,92
53 %	8 079,80	3 %	182,94
52 %	7 927,35	2 %	121,96
51 %	7 774,90	1 %	60,98

(*) pour un capital de 60.979,61 € x 2, 91.469,41 x 3 etc...

ANNEXE B

MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

A adresser en recommandé avec avis de réception dans le délai de 40 jours qui suit la réception du certificat d'adhésion.

Ne pas oublier de préciser vos nom et adresse.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir prendre acte de mon désir de renoncer aux garanties offertes par l'Adhésion au Contrat collectif SPORTMUT que j'ai signée en date du _____.

Je vous serais obligé de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de mon adhésion dans un délai maximum de 20 jours à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à _____ Le _____

Signature